

O-10-37

消化管穿孔で発症した小腸原発T細胞リンパ腫の1例

深谷赤十字病院 外科

○齋藤 征爾、釜田 茂幸、野口 裕司、佐藤 璃子、高橋 佳久、高田 護、山田 千寿、尾本 秀之、藤田 昌久、新田 宙、石川 文彦、伊藤 博

【症例】83歳女性。【現病歴】腹痛と嘔吐を主訴に前医を受診し、症状が改善しないため当院を紹介受診した。腹部CTで脾周囲に極少量のfree airを疑う所見があったが、腹部所見が強くないため保存的治療により経過観察した。翌日に症状の増悪があり、CTでもfree airの増加を認めたため、消化管穿孔と診断し緊急手術を施行した。【手術所見】Treitz靱帯より約100cm肛門側の空腸に1.8×5cmの腫瘍性病変を認め、中心部に5mm大の穿孔があった。消化管穿孔による腹膜炎と考え、穿孔部位を中心として小腸部分切除を行い、機能的端々吻合により再建した。【病理組織学的所見】腸間膜対側付近にびまん性に肥厚した白色の腫瘍性病変を認めた。組織学的には小腸壁全層に異型リンパ球の浸潤・増殖を認め、悪性リンパ腫と診断した。免疫染色ではCD3(+)、Bcl-2(+)、CD56(+)であり、小腸原発T細胞リンパ腫と診断した。【術後経過】当院血液内科でR-CHOP療法を施行したが、2クール目に抑鬱状態となり、それ以降の治療を拒否された。【まとめ】医学中央雑誌を用いて「小腸原発」「T細胞リンパ腫」をキーワードとして検索したところ、24例の報告があった。今回、消化管穿孔で発症した小腸原発T細胞リンパ腫を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

O-10-39

PTP(press through package)誤飲による空腸穿孔の1例

伊勢赤十字病院 外科

○東 謙太郎、伊藤 拓也、藤井 幸治、赤尾 希美、中川 勇希、山内 洋介、佐藤 啓太、田村 佳久、堂本 佳典、熊本 幸司、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司、村林 紘二

【はじめに】薬剤包装用のPTP(press through package)はその利用上の簡便さから現在では多くの薬物包装に利用されている。しかし、その普及と共にPTP誤飲による消化管異物症の報告も増加しているが、下部消化管まで達した例は少ない。今回我々はPTP誤飲による空腸穿孔をきたした1例を経験したので報告する。【症例】症例は73歳、女性。2016年11月、心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部CTにて小腸内高吸収域とその周囲にfree airを認め、異物誤飲による穿孔性腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。術中所見でやや血性の膿性腹水を認めた。Treitz靱帯から約40cm肛門側の空腸に穿孔部を認め、PTPシートの一部露出を認めた。穿孔部を含めた小腸部分切除、腹腔内洗浄を施行した。術後経過は良好で術後9日目に軽快退院した。【考察】高齢化社会が進むにつれPTP誤飲による消化管異物症の報告例が増加しているが、90%以上が食道異物であり下部消化管穿孔の報告例は比較的小さい。過去の報告例と自験例について文献的考察を加えて検討する。

O-10-41

腹腔動脈狭窄に起因したと考えられた上腸間膜動脈解離、右後腹膜血腫の1例

長野赤十字病院 外科

○柳沢 直恵、細田 清孝、草間 啓、町田 泰一、西尾 秋人、中田 伸司、柚山 治嗣

患者は、51歳、男性。前日の起床時から上腹部痛痛が出現。腹痛は食後に増強したが、時間が経つと軽減していた。しかし、来院日の昼食後の腹痛は強く、軽減しない為、前医を受診。造影CT検査で上腸間膜動脈解離と右後腹膜血腫を認め、当院へ紹介された。前医の造影CT検査では、十二指腸の腹側に血腫を認め、内部に活動性の出血を認めた。脘十二指腸動脈からの出血と思われた。また、上腸間膜動脈解離を認めた。真空は高度に狭小化していたが、下腸間膜動脈からの拡張した辺縁動脈を経て、上腸間膜動脈支配領域への側副路が存在していた。当院来院後、造影CT検査を再検討したところ、活動性の出血は認められなくなっていた為、降圧と安静による保存的加療を行う方針とした。降圧を図りながら、徐々に安静度を拡大し、入院10日目から経口摂取を再開し、23日目に退院した。退院後のフォローの造影CT検査で、正中弓状靱帯による腹腔動脈起始部狭窄が存在していることが指摘された。現在、1年が経過したが、腹部症状を認めず、右後腹膜血腫や上腸間膜動脈の解離腔は縮小している。本症例は、正中弓状靱帯に圧迫され、腹腔動脈起始部が狭窄していた。腹腔動脈起始部狭窄を伴う脘十二指腸動脈の破裂をきたした報告が稀ながら存在する。本症例でも同様の動脈瘤破裂が疑われた。また、腹腔動脈起始部狭窄に上腸間膜動脈解離を伴う症例も稀に報告されている。腹腔動脈起始部狭窄では、腹腔動脈領域への血流は脾頭部アーチを介して上腸間膜動脈から提供されることが多いと考えられているが、この血流の変化により、これらの瘤や解離が生じる可能性がある。今回、腹腔動脈狭窄を伴う上腸間膜動脈解離と右後腹膜血腫の1例を経験したので、報告する。

O-10-38

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)による小腸穿孔の一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 膠原病リウマチ内科²⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 病理診断科³⁾

○藤原 大樹¹⁾、布施 匡啓¹⁾、中尾 詠一¹⁾、平井 公也¹⁾、阿部 有佳¹⁾、杉政奈津子¹⁾、渡部 颯¹⁾、小野 秀高¹⁾、馬場 裕之¹⁾、阿部 哲夫¹⁾、前田 彩花²⁾、熊谷 二郎³⁾、杉田 光隆¹⁾

症例は41歳の男性。20XX年12月、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)に対し、当院膠原病リウマチ内科でステロイドパルス療法(メチルプレドニゾロン1000mg/日)施行中であった。ステロイドパルス療法施行1日目より軽度の腹痛と腹部膨満を認め、3日目に腹部症状が増悪したため撮影された腹部CT検査で消化管穿孔が疑われ、当科紹介となった。当科初診時、腹部全体の膨満と圧痛を認め、画像所見と併せて消化管穿孔、急性汎発性腹膜炎の診断で同日緊急手術を行った。術中所見では、腹腔内に多量の腸液様の腹水を認め、トライツ靱帯から約200cm前後の小腸に計3か所の穿孔部を認めた。穿孔部を全て含めるような形で小腸部分切除術を施行し、腹腔内を多量の生食で洗浄した。術後経過は良好で、術後12日目にリウマチ科に再転科し、EGPAに対する治療を継続された。切除標本の肉眼的所見では、小腸粘膜に潰瘍が散見され、その内の3箇所が穿孔を来していた。病理組織所見では、比較的大い動脈の血管壁に好中球、好酸球、単核球の著明な浸潤を認め、フィブリンの析出を伴い、血管炎の所見を呈していた。以上より、EGPAによる小腸穿孔と診断した。EGPAは従来、アレルギー性肉芽腫性血管炎あるいはChurg-Strauss症候群と呼ばれてきた血管炎症候群で、末梢神経炎、紫斑、消化管潰瘍、脳卒中、心筋梗塞、心外膜炎などの臨床症状を呈する疾患である。腹痛や下痢などの消化器症状は多いが、消化管穿孔例は稀とされている。EGPAによる小腸穿孔の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

O-10-40

黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断と治療

沖繩赤十字病院 診療部 外科¹⁾、沖繩赤十字病院 病理²⁾

○豊見山 健¹⁾、金城 章吾¹⁾、仲里 秀次¹⁾、長嶺 信治¹⁾、宮城 淳¹⁾、友利 健彦¹⁾、永吉 盛司¹⁾、大嶺 靖¹⁾、石川 雅士²⁾

【目的】黄色肉芽腫性胆嚢炎(以下XGC)は胆嚢内に胆汁色素を含む組織球を主体とした肉芽腫を形成し、胆嚢壁肥厚を特徴とする比較的高頻度の胆嚢炎の一亜型である。本疾患は画像上、胆嚢癌との鑑別が困難な場合があり、診断や治療に苦慮することがある。当院でXGCと診断した症例の術前診断と治療について検討した。【方法】2010年7月から2016年12月までに当院で手術を行い病理学的にXGCと診断した10例を後方視的に術前診断、画像所見、術式、術後経過などについて検討した。【成績】男性7例、女性3例で年齢は51-82歳(平均72歳)であった。急性胆嚢炎で保存的治療にて軽快した既往が10例中9例にあった。術前診断は慢性胆嚢炎6例、胆嚢癌疑い4例で、術式は肝切除を伴う胆嚢摘出術3例、腹腔鏡下胆嚢摘出術5例(開腹移行3例)、開腹胆嚢2例(総胆管切石1例含む)であった。術中迅速病理検査は4例で行われておりいずれもXGCの診断であった。胆嚢癌の合併は無かった。術前の画像所見ではびまん性壁肥厚8例、限局性壁肥厚2例であった。腹部エコー検査では高エコー輝度を全例に、壁内低エコー域を9例に認めた。腹部造影CT検査では壁内低吸収域を7例(8例中)、中に粘膜層造影効果の連続性を6例(8例中)に認めた。腹部MRI検査では胆嚢壁内に嚢胞状変化を3例(6例中)に認めた。PET検査では異常集積ありが2例(2例中)であった。【結論】急性胆嚢炎で保存的治療の既往があり、胆嚢壁肥厚を認める症例では胆嚢癌とともにXGCを鑑別診断に挙げる必要がある。XGCを疑った場合には、腹部エコー、腹部ダイナミックCT、腹部MRIなど術前の画像診断を慎重に行うことと術中迅速病理検査で組織診断を行い、十分な術前ICと過不足の無い手術治療を行うことが重要である。

O-10-42

急性腹症にて受診した特発性腸管膜静脈硬化症の一例

沖繩赤十字病院 外科¹⁾、沖繩赤十字病院 救急部²⁾

○仲里 秀次¹⁾、金城 省吾¹⁾、豊見山 健¹⁾、長嶺 信治¹⁾、友利 健彦¹⁾、宮城 淳¹⁾、永吉 盛司¹⁾、佐々木秀章²⁾、大嶺 靖¹⁾

症例は68歳 男性。2か月前に右側腹部痛を自覚するも自然軽快した。受診前日夜間から同様な腹痛を自覚し、疼痛の増悪に伴い歩行困難のため救急車にて救急室を受診した。既往歴にHBV肝硬変(child A)があり、漢方薬を17年間内服していた。来院時現症は、体温37.8度、呼吸数26回/分、SpO2 98% (ルームエア)、血圧158/86mmHg、心拍数88/分、整であった。腹部は板状硬で、腹部全体に反跳痛を認め、汎発性腹膜炎と診断した。血液検査はWBC 9,200 /ul、Hb15.4 g/dl、Ht 43.7%、Plt 11.9 × 10⁴ /ulと血小板減少を認めた。腹部レントゲン検査で上行結腸内側近傍に微細石灰化像と一部小腸の拡張を認めた。単純CT検査で右横隔膜下から骨盤内にフリーエアーを、回盲部へ横行結腸にかけて全周性腸管壁肥厚を、右傍結腸溝から骨盤内に腹水を認めた。以上から特発性腸管膜静脈硬化症を伴う汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を施行した。上行結腸表面大網に食物残渣様付着物があり、肝表面へ骨盤内に混濁した腹水及び膿瘍を認め、上部消化管に問題はなかった。下部消化管穿孔の診断で開腹手術へ移行した。回盲部からS状結腸まで虚血様変化を呈し、腸管壁の肥厚を回腸から横行結腸の脾湾部にかけて、虚血様変化を回腸からS状結腸まで認め結腸亜全摘を施行した。術後病理では、回盲部～S状結腸まで粘膜下組織の線維化、静脈石灰化を認めた。血拴所見はなく、特発性腸管膜静脈硬化症に伴う穿孔の診断であった。特発性腸管膜静脈硬化症の報告は少なく、文献的考察も含めて報告する。